

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

504

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jacques-Antoine-Lucien TISSOT

Né le 14 Novembre 1910, à PARIS (Seine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Les occlusions intestinales
après gastro - entérostomie
et gastrectomie

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

105

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jacques-Antoine-Lucien TISSOT

Né le 14 Novembre 1910, à PARIS (Seine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Les occlusions intestinales
après gastro-entérostomie
et gastrectomie

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de neuro-chirurgie
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE.
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.
 N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 ENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique
 FUNCK-
 PRENTANO.... Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-

DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 NEVEU-
 LEMAIRE.. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.. }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CHA B I O }
 DONZELOT ... }
 DUVOIR }
 LIAN }
 PASTEUR- VAL }
 LERY-RADOT.. }
 SEZARY }

Clinique médicale

MM.

BASSET }
 BROCC }
 CADENAT }
 GATELLIER ... }
 MOURE }
 QUENU }
 VELTER }

Clinique chirurgicale

ECALLE }
 METZGER }

Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 RUPPE
 WEILL-HALLE

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Stomatologie.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND GREGOIRE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage d'admiration, de profonde gratitude et de respectueux attachement.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. HOVELACQUE

Chef des Travaux Pratiques à la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de ma profonde affection
pour la sollicitude qu'il m'a toujours
montrée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER COUVELAIRE

Chirurgien des Hôpitaux

Qui eut l'idée de ce travail et l'obligance de m'aider de ses conseils.

En témoignage de ma très sincère affection.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

1929. — M. le Professeur HARTMANN

M. le Professeur CARNOT

M. le Professeur LEMIERRE

Externat

1930. — M. le Professeur Agrégé DESMAREST

1931. — M. le Professeur GREGOIRE

1932. — M. le Docteur CAIN

1933. — M. le Docteur JANET

M. le Docteur CHEVALLEY

M. le Docteur PAGNIEZ

Internat

1935. — M. le Docteur METIVET

1936. — M. le Professeur Agrégé LEVEUF

1937. — M. le Professeur Agrégé DESMAREST

1938. — M. le Professeur GREGOIRE

M. le Docteur MICHON

M. le Docteur THALHEIMER

INTRODUCTION

Parmi les sténoses du tube digestif consécutives à une gastro-entérostomie, il en est toute une série de bien connues.

— Il s'agit des sténoses de la bouche anastomotique qu'elles soient d'origine inflammatoire, mécanique ou mixte :

- Sténoses transitoires et bénignes dues à l'œdème.
- Sténoses plus tardives, dues au rétrécissement extrinsèque de cet orifice par des adhérences.
- Intussusception rétrograde de l'intestin réalisant une obturation de l'orifice.
- Toutes les stomites, enfin, sur lesquelles rien ne semble actuellement pouvoir être ajouté à l'excellente thèse de notre ami Lazard, parue en 1937.

Par contre, une question semble jusqu'ici avoir été assez peu étudiée.

C'est celle des occlusions de l'anse anastomosée, du grêle et du gros intestin ; question pourtant d'un inté-

rêt capital, puisque, comme nous le montrent nos observations :

« *Toute occlusion intestinale après gastro-entérostomie, non opérée, meurt* » (9 décès, dans 9 cas non opérés).

« *Les occlusions intestinales diagnostiquées et opérées, guérissent dans la proportion des deux tiers* » (17 guérisons, sur 25 malades opérés).

Nous pourrions enfin constater par l'étude de nos observations qu'un certain nombre d'occlusions peut être évité par un véritable « *traitement préventif* », si l'on connaît le mécanisme de ces accidents.

Nous publierons tout d'abord au début de ce travail trois observations inédites de malades suivis et opérés dans le Service de notre Maître, M. le Professeur R. GRÉGOIRE.

— Ce sont elles qui furent à la base de ce travail. C'est la difficulté de l'indication opératoire dans ces trois cas, la complexité de leur mécanisme, la difficulté de leur traitement, enfin, qui nous ont incité à rechercher les cas publiés jusqu'ici d'occlusion intestinale après gastro-entérostomie afin d'apporter à leur étude notre faible contribution.

Laissant volontairement de côté quelques observations dont les suites post-opératoires n'ont pas été rapportées, nous avons recueilli 34 observations, qui ne peuvent évidemment donner qu'une idée incomplète sur la fréquence relative de ce genre d'occlusions (un grand nombre d'entre elles n'ayant certai-

nement pas été publiées), mais permettent néanmoins, malgré leur nombre restreint, par l'étude de leurs mécanismes de production, par l'efficacité variable de leurs traitements, de tirer quelques conclusions d'ordre pratique.

C'est là le but essentiel de cette thèse.

GASTRECTOMIES

Numéro	Cause	Traitement	Suites
1	Brièveté du mésocolon transverse + brides du grêle.	Libération.	Guérison.
2	Brièveté du mésocolon transverse + brides sur le grêle et le côlon transv.	Iléo-sigmoïdostomie.	Fistule. Diarrhée Dénutrition.
3	Brides + coudure de l'anse.	Dégastroentérostomie Libération. Nouvelle G. E.	Mort.
4	Coudure de l'anse efférente.	Fixation en bonne place.	Mort.
5	Coudure de l'anse.	Anastomose aux 2 pieds de l'anse.	Mort.
6	Incarcération.	0	Mort.
7	Bride iléo-cæcale.	Section de la bride.	Guérison.
8	Incarcération.	0	Mort.

GASTRO-ENTÉROSTOMIES

Numéro	Cause	Traitement	Suites
9	Mixte : hernie par la brèche mésocolique + abcès pelvien.	Libération.	Mort.
10	Incarcération.	Dégastroentérostomie de nécessité.	Guérison.
11	Bride juxta-anastomotique.	Section de la bride.	Guérison.
12	Incarcération.	Dégastroentérostomie de nécessité.	Guérison.
13	Etranglement dans la brèche mésocolique.	Libération et fixation à l'estomac de la brèche	Guérison.

Numéro	Cause	Traitement	Suites
14	Occlusion du grêle par anastomose illogique.	Dégastroentérostomie Nouvelles G. E. en bonne place.	Mort.
15	Volvulus du grêle.	Détorsion.	Décès.
16	Volvulus longitudinal et rétrécissement du grêle à distance de la bouche.	Entéroanastomose entre plat et dilaté.	Guérison.
17	Adhérence du grêle à la paroi.	Libération.	Guérison.
18	Brides.	0	Mort.
19	Compression du transverse (G. E. antérieure).	0	Mort.
20	Compression du transverse (G. E. antérieure).	0	Mort.
21	Torsion de l'anastomose.	0	Mort.
22	Torsion de l'anastomose.	Détorsion.	Guérison.
23	Etranglement dans la brèche mésocolique.	0	Mort.
24	Incarcération.	0	Mort.
25	Incarcération.	0	Mort.
26	Incarcération.	Libération.	Guérison.
27	Incarcération.	Libération.	Guérison.
28	Brides à distance de l'anastomose.	Libération du grêle + Iléostomie.	Guérison.
29	Brides in situ.	Anastomose aux pieds de l'anse.	Mort.
30	Brides in situ.	Libération.	Mort.
31	Adhérences in situ.	Libération.	Guérison.
32	Incarcération.	Désincarcération.	Guérison.
33	Etranglement dans la brèche mésocolique.	Libération.	Guérison.
34	Etranglement dans la brèche mésocolique.	Libération.	Guérison.

OBSERVATIONS

Obs. 1 (Inédite). — V... Paul, 43 ans, entre dans le Service de M. le Professeur Grégoire le 18 novembre 1938 pour douleurs :

- épigastriques à irradiation dorsale,
- survenant 2 ou 3 heures après les repas,
- quotidiennement depuis 3 mois,
- augmentant d'intensité depuis 3 semaines.

La radio montre une énorme niche de la portion verticale de la petite courbure.

1^{re} *Intervention* : le 25 novembre 1938 (op.: Dr Couvelaire).

Ulcère calleux volumineux de la partie haute de la petite courbure, adhérent au bord supérieur du corps pancréatique. De nombreuses adhérences autour de l'ulcère comblent en partie l'arrière-cavité.

Gastrectomie type Hofmeister-Finsterer. Les suites opératoires immédiates sont normales et le malade sort du service au onzième jour.

Depuis ce moment, le malade va présenter des phénomènes de subocclusion intestinale de plus en plus nets : restant 5 ou 6 jours sans selles, avec un ballonnement douloureux de la moitié droite de l'abdomen,

des borborygmes, enfin souvent : des vomissements alimentaires.

Ces signes l'amènent à rentrer à nouveau dans le service le 11 janvier 1939 (un mois et demi après la gastrectomie).

L'examen montre alors :

Un météorisme abdominal surtout périombilical.

Le palper est uniformément douloureux.

Il provoque du gargouillement et en plusieurs endroits, réveille des ondulations péristaltiques.

— Une radiographie sans préparation ne montre rien d'anormal, contrairement à ce qu'on s'attendait à trouver.

— Le lavement baryté progresse aussi normalement jusqu'au cæcum, qui est cependant assez mal rempli.

— Enfin, la bouche de gastro-entérostomie fonctionne parfaitement.

Deuxième intervention le 17 janvier 1939 (Dr Couvelaire).

Cette intervention met en évidence de nombreuses adhérences et brides épiploïques.

— Plusieurs anses grêles sont coudées, agglutinées, et le bloc ainsi formé adhère au côlon transverse et au mésocôlon transverse dont la brièveté paraît extrême.

— Brides et adhérences sont sectionnées et l'intestin libéré progressivement.

— Le malade est purgé au quatrième jour et les fonctions intestinales reprennent, normales jusque maintenant.

Obs. 2 (Inédite). — R... Henri, 33 ans, entre dans le service de M. le Professeur Grégoire le 23 mai 1938 pour : une histoire digestive ayant débuté il y a 3 ans.

— douleurs épigastriques,

— et surtout vomissements alimentaires fréquents.

La radio met en évidence : un bulbe irrégulier portant une large encoche, une évacuation gastrique très lente et difficile.

Première intervention : le 4 juin 1938. (Op. : M. le Professeur Grégoire).

Ulcère de la face antérieure du pylore.

Gastrectomie type Hofmeister-Finsterer, rendue difficile par l'existence d'un feuillet vertico-frontal cloisonnant l'arrière-cavité et la divisant en deux parties, le segment antérieur rétrostomacal étant très étroit.

L'anastomose gastro-jéjunale est également rendue assez pénible par la grande brièveté du mésocôlon transverse.

Les suites opératoires immédiates sont normales et le malade sort le 18 juin 1938.

Un mois après la gastrectomie, apparaissent des troubles du transit qui vont aller en s'accroissant. Alternatives de diarrhée et de constipation.

Périodes de diarrhée durant 2 à 3 semaines, survenant à peu près tous les mois, avec quelques vomissements alimentaires.

Constipation entre les périodes de diarrhée.

— Enfin, amaigrissement de 5 kgs depuis l'opération, qui l'amène à rentrer à nouveau dans le service le 30 août 1938.

A ce moment l'examen clinique montre un abdomen légèrement météorisé, un peu sensible partout.

Mais, dans les jours suivants, on note en plusieurs points des ébauches de syndrome de König et le palper est douloureux en plusieurs points.

Le lavement baryté s'arrête à l'angle splénique.

Finalement, dans le service, le malade fait une véritable occlusion : avec arrêt des matières, ballonnement abdominal, surtout périombilical, qui nécessite une

Deuxième intervention : le 14 septembre 1938 (Op. : Dr R. Couvelaire).

Dilatation considérable de tout le grêle, du cæcum et du côlon ascendant.

Magma adhérentiel inextricable au niveau du mésocôlon transverse.

Fistulisation du cæcum par une incision iliaque droite.

L'obstacle persistant au niveau du côlon transverse, et la fistule cæcale donnant abondamment, on se décide à tenter une exclusion unilatérale.

Troisième intervention : le 14 octobre 1938. (Op. : Dr R. Couvelaire).

Iléo-sigmoïdostomie rendue très difficile par l'absence de toute cavité péritonéale.

Le malade est un peu amélioré et sort du service le 3 janvier 1939.

— Il rentre dans le service du Docteur Chabrol en février 1939 pour des phénomènes de dénutrition im-

portants, laissant porter un pronostic assez sombre pour l'avenir.

Obs. 3 (Inédite). — R... Louis, 35 ans, entre dans le service de M. le Professeur Grégoire, le 23 décembre 1938, à la suite d'une hématoméose importante.

Ce malade a eu, il y a 10 ans, une gastroentérostomie pour ulcus duodénal dont il souffrait déjà depuis 7 ans.

Amélioration nette jusqu'en 1931.

Puis en 1931, en 1935 et en décembre 1938, trois hématoméoses importantes qui l'amènent à se faire hospitaliser à nouveau.

— Un examen radioscopique montre alors dans le service, le passage de la baryte par le pylore aussi bien que par la gastro-entéro-anastomose, et confirme le diagnostic d'ulcus duodénal.

Intervention le 18 janvier 1939. (M. le Prof. Grégoire).

— Existence d'adhérences nombreuses entre la paroi abdominale, le foie, l'épiploon et l'intestin grêle. Ces adhérences rompues, on trouve la gastroentérostomie antérieure.

Dégastroentérostomie.

Résection du segment du grêle anastomosé et suture termino-terminale des deux bouts.

Gastrectomie et anastomose gastrojéjunale à la Finsterer, au-dessous de la résection du grêle. (Anastomose isopéristaltique).

Paroi en un plan. Fermeture sans drainage.

Deux ou trois jours après cette intervention, le ma-

lade présente un hoquet permanent, puis commence à vomir.

Amélioration momentanée par des lavages d'estomac, puis reprise des vomissements.

Au huitième jour : l'état général décline nettement. Pouls 110. Les vomissements persistent.

Réintervention le 27 janvier 1939 (9^e jour). M. le Professeur Grégoire.

— Nombreuses adhérences à la face inférieure du mésocôlon transverse, autour de l'anastomose.

— L'anse afférente est considérablement dilatée et comprime fortement l'anse efférente, la coudure très nette entre les deux se trouvant au niveau de l'anastomose.

— Libération des adhérences.

— Réfection de l'anastomose gastrojéjunale aux points séparés au lin.

— Nouvelle fixation de l'estomac aux lèvres de la brèche mésocolique, après avoir élargi celle-ci.

Une mèche en avant, une mèche en arrière de l'anastomose.

Malade très fatigué. Décès le lendemain de l'opération.

Obs. 4. — SUCHMANN. In *thèse de Paris*, 1936, p. 195.

Cause de l'occlusion : coudure de l'anse efférente due à la traction du moignon gastrique en haut et à gauche.

Date : quatrième jour.

Gastrectomie : pour ulcus duodénal non guéri par une gastroentérostomie.

Traitement : fixation de l'anse coudée, à la racine du mésentère.

Suites : décès 6 jours plus tard par iléus paralytique.

Résumé. — M. Calinero Pl..., 37 ans, est opéré en Italie en 1930 pour ulcère du duodénum à forme hémorragique.

On lui fait alors une gastroentérostomie postérieure.

Trois ans plus tard, les phénomènes douloureux et dyspeptiques reprennent, par crises, et en janvier 1934, crise particulièrement douloureuse accompagnée d'un gros melaena.

Intervention : 13 février 1934. (Dr Bergeret).

Libération d'adhérences nombreuses réunissant l'estomac et le foie, l'épiploon à la paroi antérieure.

Dégastroentérostomie, jéjuno-jéjunostomie termino-terminale, puis gastrectomie et implantation gastro-jéjunale.

Quatre jours plus tard le malade est pris de vomissements répétés de liquide paraissant venir du grêle.

Deuxième intervention : 17 février 1934. (Dr Bergeret).

Légère coudure de l'anse grêle sous-jacente à l'anastomose, par suite de l'étendue de la résection qui tire très à gauche et en haut.

On ramène l'anse anastomosée vers la droite et on la fixe à la racine du mésentère.

Les vomissements cessent les jours suivants.

Mais le 23 février 1934, iléus paralytique et mort.

Obs. 5. — **CAILLARD** : A propos d'un cas d'occlusion tardive par l'anse afférente après gastrectomie. In *Thèse de Paris* 1936.

Cause de l'occlusion : coudure de l'anse, compression de l'anse efférente par l'anse afférente dilatée.

Date : Onzième mois.

Gastrectomie pour : ulcus pylorique perforé bouché.

Traitement : anastomose latéro-latérale entre anse afférente et anse efférente.

Suites : décès dans les heures suivantes.

Résumé. — M... Charles, 33 ans, est pris le 9 octobre 1934, d'une douleur brutale à l'épigastre. Cette douleur diminue puis reprend aussi violente une deuxième et une troisième fois à quelques heures d'intervalle.

— A l'examen : légère contracture épigastrique.

— Dans les antécédents : crises ulcéreuses nettes.

Intervention : 9 octobre 1934.

Petite perforation masquée par une frange épiploïque au centre d'un gros ulcus calleux de l'antra pylorique.

Gastrectomie, puis gastro-jéjunostomie trans-mésocolique.

— Le pourtour de la brèche mésocolique est fixé à l'estomac.

— Mèches. Paroi en un plan aux bronzes.

— Le malade rentre à l'hôpital le 20 janvier 1935 pour une éventration épigastrique.

— Il se plaint de plus, non pas de son estomac qui

paraît fonctionner normalement, mais d'une douleur dans le flanc gauche qui serait surtout marquée quand il est couché et qui disparaîtrait quand il est debout.

Deuxième intervention : le 26 janvier.

Cure de l'éventration au cours de laquelle on constate l'existence d'adhérences dans la région de l'anastomose, mais celle-ci est libre.

— Quelque temps plus tard nouveau séjour à l'hôpital, le malade se plaignant de vomir fréquemment : vomissements ni alimentaires, ni bilieux.

— Un examen radiographique montre l'existence d'une quantité importante de liquide d'hypersécrétion, et cependant la bouillie barytée prise sous écran passe très vite dans l'intestin.

— Le malade sort amélioré par le repos et le régime.

— Il entre à nouveau à l'hôpital le 24 septembre 1935 parce que depuis quelques jours il vomit tout ce qu'il prend.

Le 25 septembre, malade très fatigué et amaigri.

— L'examen met en évidence, au-dessous de l'ombilic, et l'encadrant, un gros boudin en forme d'U dont une branche remonte à droite vers le foie et l'autre se porte vers l'hypochondre gauche.

— Boudin mat et sans ondulations péristaltiques.

Troisième intervention.

On trouve une anse grêle très distendue correspondant au boudin perçu cliniquement et qui, au cours des manœuvres d'extériorisation, avant que l'on ait pu garnir la cavité péritonéale au-dessous d'elle, éclate et

donne issue à un liquide contenant une grosse quantité de bile.

— L'exploration montre alors qu'il s'agit de l'anse afférente qui aboutit à droite à la bouche gastrique et à gauche, se recourbe un peu en arrière vers l'angle duodénojéjunal (la dilatation cessant à peu près à ce niveau).

— La bouche gastrique est un peu rétrécie, mais permet l'introduction de l'index.

— L'anse efférente est normale et perméable.

Anastomose entre cette anse efférente et l'anse afférente (au niveau de la déchirure).

Drainage. Paroi en un plan.

Décès dans la nuit suivant l'intervention.

Obs. 6. — A. FROMME, de Göttingen. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1920, p. 1.505).

Cause de l'occlusion : incarceration du grêle.

Date : troisième jour.

Gastrectomie : pour ulcus pylorique.

Traitement : O > Décès.

Résumé. — Homme de 56 ans, atteint d'ulcère pylo-rique.

— Pylorectomie avec fermeture des bouts gastrique et duodénal et établissement d'une anastomose rétro-colique entre le jéjunum et la partie inférieure de la tranche gastrique.

Pour éviter la coudure de l'anse efférente, celle-ci

avait été fixée à l'estomac par deux points de suspension.

— Après deux jours passés sans incidents, le malade présenta des signes d'ileus à marche foudroyante et il succomba le quatrième jour avant que l'on ait pu poser un diagnostic ferme et se décider à intervenir.

— A l'autopsie, on constata que la presque totalité de l'intestin grêle s'était engagée de droite à gauche dans la fente que limitait en avant l'anse anastomosée et son méso : si bien que seule la partie terminale de l'iléon, sur une longueur de un mètre, était restée en position normale.

Ce transport en masse de l'intestin vers la gauche avait déterminé une coudure accentuée de l'anse efférente, et même une torsion de l'estomac au niveau de la bouche anastomotique.

A l'occasion de cette observation, A. Fromme a pu relever 22 observations semblables dans la littérature (4 après gastrocentrostomie antérieure, et 18 après gastroentérostomie postérieure).

Obs. 7. — GROSS. (*Revue médicale de l'Est*, sept. 1904, in *Semaine médicale*, 1904, p. 324).

Cause de l'occlusion : étranglement par bride dans la région iléo-cæcale.

date : 33^e jour.

Gastrectomie : pour néo de l'antré pylorique.

Traitement : section de la bride.

Suites : guérison.

Résumé. — Gastrectomie pour néoplasme de la région prépylorique de l'estomac.

Suites opératoires immédiates des plus simples. Puis, au 33^e jour, brusquement :

— Signes d'occlusion intestinale du grêle, ondulations péristaltiques, météorisme, vomissements, altération du facies, pouls incomptable, hypothermie.

— *Réintervention.* — Distension importante du grêle au-dessus d'une bride siégeant dans la région iléo-cæcale.

— Section de la bride.

— Guérison.

Obs. 8. — PETERSEN. (*Archiv. für Klinische Chirurgie*, Berlin 1900. LXII, p. 94).

Cause de l'occlusion : incarceration prévertébrale.

Date : sixième jour.

Gastrectomie : pour néo du pylore.

Traitement : O.

Décès.

Résumé. — Homme de 54 ans, présente depuis 6 mois des douleurs gastriques, de l'anorexie. A l'examen : une tumeur mobile à droite de la ligne médiane.

Intervention : néoplasme du pylore mobile.

— On décide de faire une gastrectomie.

— Billroth II avec anastomose transmésocolique du jéjunum à la face antérieure de l'estomac.

— Suites opératoires immédiates excellentes.

Puis : au sixième jour après l'opération : vomisse-

ments, arrêt des selles, état de collapsus. Sensibilité générale de l'abdomen.

— Les deux jours suivants, l'état général décline de plus en plus et le malade meurt huit jours après l'opération.

Autopsie : Les deux tiers environ du grêle sont passés de droite à gauche dans l'orifice que limitent : en haut, le mésacôlon transverse; en avant et en bas, l'anse afférente.

— Le moignon duodénal est très dilaté jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal; à partir de ce point, l'anse afférente est flasque jusqu'à l'anastomose.

— L'anse efférente, elle, est de couleur violacée, avec des points grisâtres, très dilatée jusqu'à 80 cm. Plus loin, l'intestin incarcéré et retombé à gauche présente des adhérences dues à des amas fibrineux. Enfin, le grêle, aplati, se dirige de nouveau en haut, puis se glisse de gauche à droite derrière l'anse efférente au niveau de l'anastomose.

Obs. 9. — SUCHMANN. (*Thèse de Paris* 1936, p. 200).

Cause de l'occlusion : hernie par la brèche mésocolique mixte, abcès pelvien.

Gastroentérostomie pour ulcère.

Traitement : libération.

Suites : décès, 2 heures après l'intervention.

Résumé. — M. C... François, 62 ans. Anciennement gastroentérostomisé pour ulcère.

Douleurs persistantes. Troubles dyspeptiques. Vomissements.

La bouche ne fonctionne pas radiologiquement.
Intervention : 26 juillet 1935. (Dr Sénèque).

— Tout l'intestin grêle est dans l'étage sus-mésocolique passé par la brèche du mésocôlon transverse.

— Adhérence des anses entre elles et aux organes voisins. *Surtout* : coudure d'une anse grêle dans la cavité pelvienne, près du cæcum, où elle voisine avec un abcès.

— Malade décédé 2 heures après l'intervention par shock opératoire.

Obs. 10.— SUCHMANN. (*Thèse de Paris*, 1936, p. 199).

Cause de l'occlusion : incarceration.

Date : troisième année.

Gastroentérostomie : complément de la suture d'un ulcère perforé du duodénum.

Traitement : dégastroentérostomie de nécessité plus nouvelle gastroentérostomie.

Suites : guérison.

Résumé. — M. V... Pierre.

— Perforation d'un ulcère duodénal en 1931.

Intervention. — Suture de la perforation et gastroentérostomie complémentaire.

— Dix-huit mois d'accalmie.

— Puis reprise des douleurs et troubles dyspeptiques subintrants.

Réintervention en janvier 1934. (Dr Bergeret).

— La gastroentérostomie faite antérieurement l'a été trop bas sur le jéjunum.

Elle laisse une anse jéjunale sus-jacente trop longue, et tout le grêle, jusqu'à environ 0,20 du cæcum, est passé de droite à gauche dans l'hiatus formé par la colonne vertébrale, le mésentère, l'anse anastomosée et l'estomac.

— Dégastroréostomie. Suture de l'estomac. Résection de l'anse jéjunale anastomosée et entéroraphie termino-terminale.

— Détorsion du grêle.

En 1935. Deux ans plus tard :

Troisième intervention. (Dr Bergeret).

Gastrectomie de droite à gauche. Suites normales.

Obs. 11. — SUCHMANN. (*Thèse de Paris* 1936, p. 193).

Cause de l'occlusion : étranglement par bride.

Date : deuxième année.

Gastroentérostomie : pour ulcus duodénal.

Traitement : section de la bride.

Suites : guérison.

Résumé. — M. Pr... Eugène, 49 ans, subit en 1933 une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal entraînant des troubles dyspeptiques douloureux, et des hémorragies.

— Il est amélioré deux ans.

Puis présente un épisode abdominal aigu à type d'occlusion haute nécessitant une

Intervention d'urgence : on trouve alors une bride enserrant le grêle près de la bouche de gastroentérostomie.

- Section simple de la bride.
- Paroi en un plan.
- Suites opératoires simples.
- Huit ou neuf mois plus tard, reprise des douleurs.
- En 1936 : hématurie et melæna.
- *Réintervention* : juin 1936. (Dr Sènèque). Gastrectomie type Hofmeister-Finsterer. Suites opératoires normales.

Obs. 12. — R. KEENE. (*British Journal of Surgery*
avril 1925).

Cause de l'occlusion : incarceration.

Gastroentérostomie : pour ulcère.

Traitement : dégastroentérostomie de nécessité, libération du grêle, nouvelle gastroentérostomie.

Suites : guérison.

Résumé de l'intervention :

— Malade dans un état très grave, pouls à 160, langue sèche, si bien que l'on hésite à opérer.

Intervention. : L'anse afférente est un peu longue et dans la boucle formée par cette anse, presque tout l'intestin était passé de droite à gauche.

— On dut, pour s'y reconnaître, rompre l'anastomose gastro-jéjunale et l'on en profita pour vider l'estomac et faire passer dans le grêle du lait peptoné avec un peu de cognac.

— L'anastomose fut refaite au catgut.

— La guérison fut très rapide, contrairement à l'attente de l'auteur de cette observation.

Obs. 13. — TORRACA, de Padoue. (*Zentralblatt für Chirurgie*, mars 1932).

Cause de l'occlusion : étranglement du grêle dans la brèche mésocolique.

— *Date* : cinquième jour.

— *gastroentérostomie* : pour ulcus du bulbe.

— *Traitement* : fixation de la brèche mésocolique à l'estomac.

Suites : guérison.

Résumé. — Au cinquième jour d'une gastro-antérostomie postérieure pour ulcus du bulbe avec fixation des bords de la brèche mésocolique à l'anse jéjunale, surviennent : des vomissements de bile.

Des lavages gastriques atténuent ces vomissements jusqu'au 11^e jour où ils reprennent avec beaucoup d'intensité et où l'état de l'opéré décline rapidement.

Intervention : L'anse anastomosée est étranglée dans la brèche mésocolique dont les bords se sont rétractés et sont recouverts par d'épais exsudats fibrineux.

On libère les adhérences. On agrandit l'ouverture faite au mésocôlon et l'on attire un cône gastrique que l'on fixe à ses bords.

Guérison.

Obs. 14. — WESSEL. (*Bibliothek für Loeger*, juillet 1904, in *Semaine médicale*, 1904, p. 328)

Cause de l'occlusion : coudure de l'intestin par erreur opératoire due à une anomalie anatomique.

Date : deuxième-troisième jours.

Gastroentérostomie post. pour estomac biloculaire.

Traitement : dégastroentérostomie, résection du grêle anastomosé, nouvelle gastroentérostomie.

Résumé. — Une femme présentait des troubles gastriques attribués à un estomac biloculaire.

— On fait une gastroentérostomie postérieure.

— Après l'opération : douleurs très intenses, puis symptômes d'occlusion intestinale.

— *Réintervention* au sixième jour.

L'anastomose a été faite entre l'estomac et la dernière partie de l'iléon : nouvelle gastroentérostomie après résection de la portion d'iléon primitivement anastomosée.

— Décès.

— Autopsie : le mésentère, très haut situé, n'a que quatre centimètres de longueur et se dirige en bas et à gauche.

La dernière anse de l'iléon qui débute ainsi dans la partie gauche de l'abdomen s'étend de ce point en droite ligne, et par voie rétropéritonéale, jusqu'au cæcum, lui-même haut placé.

La situation étrange et la fixité de cette dernière anse de l'iléon l'avaient fait prendre pour le duodénum.

Obs. 15. — HARTMANN, in (*Travaux de Chirurgie*, 1903, p. 225).

— Cause de l'occlusion : volvulus du grêle.

— Date : 7^e jour.

— *Gastro-entérostomie* : pour ulcus de la petite courbure.

Traitement : détorsion.

Suites : décès.

Résumé. — Homme de 41 ans. Douleurs, vomissements depuis 10 ans, amaigrissement.

— *Intervention* : juin 1900 :

Gastro-entérostomie postérieure pour un ulcus siégeant sur la petite courbure, près du pylore.

— Accidents d'occlusion intestinale quelques jours plus tard.

— *Réintervention* au 7^e jour :

— Volvulus de l'intestin grêle tordu en totalité autour de son mésentère. Détorsion.

— Décès.

Obs. 16. — PREINDLSBERGER.

(*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1901, p. 118).

Cause de l'occlusion : coudure du grêle au-dessus d'un rétrécissement du grêle à distance de l'anastomose.

Date : 2 ans 1/2.

Gastro-entérostomie antérieure pour ulcère du pylore.

— *Traitement* : entéro-anastomose entre les segments sus et sous-jacents à la sténose.

— *Suites* : guérison.

Résumé. — B... Mustapha, 25 ans.

— Vomissements, quelques hématomésés.

1^{re} *Intervention* : avril 1898. — Gastroentérostomie antérieure pour ulcus du pylore.

Bon état pendant 6 mois, puis apparaissent, après les repas, des vomissements rebelles et des douleurs épigastriques.

— Pas d'amélioration par la médication interne et les lavages d'estomac.

— En septembre 1900, 2 ans 1/2 après la première intervention, tableau d'occlusion, vomissements rebelles. Arrêt des matières et des gaz.

— 2^e *Intervention*. — Section d'une adhérence allant de l'anastomose à la paroi abdominale.

— La branche efférente de l'anse anastomosée est énormément distendue et atteint presque la grosseur de l'avant-bras.

— En la suivant vers le bas, on trouve à 80 cm. de l'anastomose un assez long segment de l'intestin grêle, 5 à 6 cm. environ, réduit au volume du petit doigt, tordu autour de son axe, et fixé parallèlement à la colonne vertébrale par un mésentère ratatiné et induré.

C'est là que siègeait la sténose.

— On établit une entéroanastomose entre cette anse distendue et une anse de l'intestin grêle située au-dessous de la sténose et bien mobile.

— Suites excellentes.

Obs. 17. — MONPROFIT. (*Congrès de Chirurgie*, 1901).

Cause de l'occlusion : adhérences du grêle à la paroi.

Date : 3^e année.

Gastroentérostomie pour ulcus du pylore.

— *Traitement* : Libération du grêle.

Suites : guérison.

Résumé. — M. A... présente depuis 8 ans des troubles gastriques, vomissements et amaigrissement.

Intervention : août 1898.

Gastroentérostomie postérieure.

— Santé parfaite pendant 6 mois, puis, les vomissements reparaissent très fréquents.

La constipation devient opiniâtre et l'état général s'aggrave.

— *Réintervention* : juin 1901, 3 ans après la première intervention.

On trouve un volumineux paquet d'anses adhérentes entre elles et à la paroi abdominale, derrière la cicatrice.

— Libération difficile de ces nombreuses adhérences.

— L'anastomose et les anses afférentes et efférentes sont normales.

— Les anses grêles libérées sont fixées par quelques points, dans le petit bassin, à distance de la région où elles adhéraient à la paroi.

— Suites opératoires très simples et guérison.

Obs. 18. — GROSS. (*Thèse de Lenclos, Nancy, 1899*).

Cause de l'occlusion : adhérence du grand épiploon à la paroi.

— *Date* : 2^e, 3^e jour.

Gastroentérostomie antérieure précolique pour : néo-pylorique.

Traitement : 0.

Décès.

Résumé. — Homme de 63 ans.

Tous les signes d'une sténose pylorique néoplasique.

— *Intervention* : février 1889.

Gastro-entérostomie antérieure précolique pour tumeur néoplasique du pylore.

— Les vomissements reprennent bientôt après l'intervention. L'intolérance stomacale est absolue.

— En raison de l'état de cachexie profonde du malade, on renonce à une nouvelle intervention.

— Décès au 8^e jour.

— Autopsie : On reconnaît comme cause de l'occlusion une adhérence de l'épiploon qui, passant derrière l'anse anastomosée, entre elle et le côlon transverse, en avant de l'estomac, vient adhérer à la plaie opératoire.

Obs. 19. — LÜCKE. (*Thèse de Wilhelm*, Nancy, 1893).

Cause de l'occlusion : compression du côlon transverse par l'anse anastomosée.

Date : 4^e jour.

Gastroentérostomie antérieure pour néo du pylore.

— *Traitement* : 0.

— Décès.

Résumé. — Femme de 46 ans.

Gastroentérostomie antérieure précolique, pour néoplasme pylorique.

Au quatrième jour surviennent des vomissements de plus en plus fréquents. Finalement, vomissements fécaloïdes et mort.

Autopsie : Le mésentère de l'anse anastomosée forme une bride qui comprime la face antérieure du côlon transverse, et tout le côlon en amont de cet obstacle est fortement distendu.

Obs. 20. — LAUENSTEIN (XII^e Congrès de Chirurgie allemand, in *Thèse de Wilhelm*, Nancy, 1897).

Cause de l'occlusion : compression du côlon transverse par l'anse anastomosée.

— *Date* : 4^e jour.

Gastroentérostomie antérieure précolique pour néo. du pylore.

Traitement : 0.

Décès.

Résumé. — Femme de 35 ans.

— Gastroentérostomie antérieure précolique pour néoplasme étendu du pylore.

— Les suites opératoires immédiates sont bonnes, mais les selles ne surviennent que tous les 3 ou 4 jours à l'aide de lavements.

— La malade ne se remonte pas, maigrit et meurt vers le 30^e jour.

Autopsie : Le côlon transverse est comprimé par le

mésentère de l'anse anastomosée. Le grand épiploon, adhérent en partie avec lui-même, en partie avec le mésentère de l'anse anastomosée.

Le côlon droit est distendu.

— A gauche, le côlon transverse et le côlon descendant sont affaissés et vides.

Obs. 21. — PEHAM. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, B. 48, S. 84).

Cause de l'occlusion : *Torsion* de l'anse efférente passée derrière l'anse afférente et étranglée par son propre mésentère (erreur de technique).

Date : 12^e heure.

Traitement : 0.

Décès.

Résumé. — Gastroentérostomie antérieure précoce.

— Dès le soir de l'opération, le malade vomit. Ces vomissements vont en se répétant.

L'état général décline rapidement et le malade meurt 48 heures après l'intervention.

Autopsie : La bouche de gastroentérostomie est intacte.

— L'anse efférente est fortement distendue sur une longueur de 80 cm. hyperhémiee et forme un boudin de la grosseur d'une tête d'enfant qui descend au devant du grand épiploon. Cette anse s'enfonce dans la profondeur et va passer derrière l'anse afférente, étant fortement coudée à ce niveau. En aval, l'iléon est normal.

A l'endroit où les deux anses, afférente et efférente, se croisent, le mésentère forme une corde de la grosseur du doigt, tordue et limitant avec la colonne vertébrale un angle ouvert en haut.

— Il s'agissait donc de la coudure et de la compression de l'anse efférente de l'anastomose par ses propres attaches mésentériques.

— La formation d'une telle coudure n'a été possible que grâce à une *erreur de technique*. L'anse choisie par l'opérateur a été tordue en sens contraire des aiguilles d'une montre, de telle façon que le bout efférent, primitivement gauche a été amené à passer derrière, puis à droite du bout afférent, puis fixé dans cette position.

Obs. 22. — LUND. (*Boston medical and Surgical Journal* 1905, t. 152, p. 549).

Cause de l'occlusion : Torsion de l'anse anastomosée autour de son axe mésentérique, fixée par des adhérences.

Date : 50^e jour.

— *Gastroentérostomie* pour : ulcus pylorique.

Traitement : Détorsion.

Suites : Guérison.

Résumé. — Femme de 36 ans présente des hématomèses depuis 4 ans.

Intervention : décembre 1904.

Gastroentérostomie postérieure pour ulcus sténosant du pylore, complétée par une entéro-anastomose.

Les suites opératoires immédiates sont simples.

Puis, 15 jours après l'intervention, la malade souffre de la région épigastrique et commence à vomir des vomissements muqueux.

— Au 50^e jour : la malade présente des vomissements d'un liquide brun noirâtre et, à l'examen, une sensibilité très vive de l'épigastre avec défense musculaire importante.

Réintervention : le 31 janvier.

On trouve une torsion de la portion anastomosée du jéjunum rendue fixe par une forte adhérence de l'anse à la cicatrice abdominale.

Grosse dilatation de l'anse efférente.

L'intestin est libéré, détordu, puis fixé par quelques points au mésocôlon pour éviter une nouvelle torsion.

— Suites opératoires : normales. Guérison.

Obs. 23. — TERRIER. (« *Chirurgie de l'Estomac* » de TERRIER et HARTMANN, p. 100).

Cause de l'occlusion : étranglement du grêle dans la brèche mésocolique.

Date : 4^e jour.

Gastroentérostomie postérieure transmésocolique pour néo. du pylore.

Traitement : 0.

Décès.

Résumé. — V... Frédéric, 61 ans, présente depuis un an des signes de néoplasie pylorique.

Intervention : décembre 1894 : confirme le diagnos-

tic clinique. L'exérèse est impossible vu l'état général du malade.

Gastroentérostomie postérieure transmésocolique.

Suites opératoires immédiates parfaites.

— Puis, 4 jours après l'intervention, douleurs abdominales vives.

— Les jours suivants, pas de selles. Vomissements répétés. L'état général décline et le malade meurt dix jours après l'opération.

Autopsie : Tout l'intestin grêle à l'exception des 15 derniers centimètres, est passé par la brèche mésentérique, dans l'arrière-cavité et étranglé dans la brèche. Grosse dilatation de tout le grêle en amont de l'obstacle.

— La terminaison du grêle et le côlon sont aplatis.

— Gastroentérostomie intacte.

Obs. 24. — BUDDER. (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1897, p. 146).

Cause de l'occlusion : Incarcération prévertébrale.

Date : 4^e ou 5^e jour.

Gastroentérostomie pour néoplasme du pylore.

Traitement : 0.

Décès.

Résumé. — Homme de 42 ans, atteint de néoplasme du pylore.

— *Intervention* : Gastroentérostomie antérieure précolique.

— Anastomose isopéristaltique, l'anse efférente passant derrière l'afférente.

Reprise des vomissements quelques jours après l'intervention, puis, signes d'occlusion.

Décès au 9^e jour.

Autopsie : La totalité du grêle s'est engagée dans un défilé limité en haut par le côlon transverse et son méso, en arrière, par le pancréas, en avant et en bas, par l'anse afférente et son mésentère qui forme une véritable corde.

C'est sur cette corde que s'est étranglée la dernière partie du grêle.

Obs. 25. — PETERSEN. (*Archiv für Klinische Chirurgie*, Berlin, 1900, LXII, p. 94).

— Cause de l'occlusion : Incarcération prévertébrale.

Date : 8^e jour.

Gastroentérostomie pour : néo du pylore.

Traitement : 0.

Décès.

Résumé. — Homme de 51 ans, présentant tous les signes d'une sténose néoplasique du pylore.

— *Intervention* : Tumeur pylorique du volume du poing.

— La gastrectomie ne peut être envisagée.

On fait une gastroentérostomie transmésocolique au bouton.

— Suites opératoires immédiates excellentes.

— Puis, au 8^e jour, quelques vomissements. Pas de selles malgré un lavement. Légère sensibilité de l'abdomen à la pression.

— Mort au 10^e jour d'occlusion et de broncho-pneumonie.

Autopsie : La presque totalité du grêle est passée de droite à gauche, dans l'hiatus formé : en haut, par le mésocolon transverse, en bas et en avant, par l'anse afférente.

Cet intestin grêle est un peu distendu, hyperhémie.

— Les lésions sont maximum à la partie haute de l'iléon et diminuent de haut en bas.

Obs. 26. — GRAY. (*The Lancet*, août 1904).

Cause de l'occlusion : Incarcération prévertébrale.

Date : 6^e jour.

Gastroentérostomie pour ulcus gastrique.

Traitement : désincarcération.

Suites : Guérison.

Résumé. — Femme de 31 ans, présentant une histoire d'ulcus gastrique : douleurs épigastriques rythmées par les repas. Hématémèses importantes.

Intervention : Ne permet pas de découvrir l'ulcère.

On pratique cependant une gastroentérostomie postérieure transmésocolique.

— Suites opératoires immédiates excellentes.

— Puis, au 6^e jour : coliques violentes, bientôt accompagnées le lendemain de vomissements.

Réintervention. — La presque totalité du grêle s'est

engagée de droite à gauche dans l'orifice limité en haut par le mésocolon transverse ; en bas et en avant, par l'anse anastomosée. On parvint facilement à réduire l'intestin incarcéré, et l'on ferma l'orifice par où s'était engagé le grêle en suturant le mésocolon transverse au mésentère de l'anse anastomosée.

Guérison.

Obs. 27. — RIGOLLOT-SIMONNOT (*Thèse de Paris*, 1908).

Cause de l'occlusion : Incarcération prévertébrale.

Date : quatorzième mois.

Gastroentérostomie pour ulcus gastrique.

Traitement : Désincarcération.

Guérison.

Résumé. — M. Joseph, 33 ans, présente depuis l'âge de 14 ans des douleurs épigastriques et des vomissements rythmés par les repas.

— Ces troubles survenant par périodes n'ont pas été calmés par le traitement médical.

Intervention : décembre 1905.

Gastroentérostomie postérieure.

— Suites opératoires normales.

— En février 1907, soit quatorze mois après l'opération, le malade est pris de douleurs abdominales en barre occupant la région du côlon transverse, et surtout violentes au niveau du creux épigastrique.

— Au bout de quelques heures, des vomissements apparaissent bilieux, puis fécaloïdes.

— Enfin, arrêt des matières et des gaz.

— Entré à l'hôpital le surlendemain du début des accidents, l'examen montre à ce moment : une contracture du ventre supérieur des droits de l'abdomen.

L'estomac paraît distendu à la percussion.

Le reste de l'abdomen ne présente ni voussure ni ballonnement.

On fait le diagnostic d'occlusion intestinale haute, due sans doute à une bride de périgastrite, et l'on intervient d'urgence.

Réintervention : Le cæcum et la plus grande partie du grêle sont plats. En remontant le long de celui-ci, on est arrêté à plus d'un mètre de l'angle duodéno-jéjunal. L'intestin s'engage là dans un hiatus limité en haut par le mésocolon transverse ; en bas et en avant par l'anse afférente et son méso.

Par une traction douce, on arrive à dégager une anse de 0 m. 75 qui s'était étranglée dans cet hiatus. Cette anse est congestionnée, violacée, moyennement distendue, mais reprend rapidement son aspect normal.

— On complète l'opération en fermant l'hiatus par quatre points au catgut prenant le mésocolon transverse en haut, le bord libre du repli du mésentère en bas.

— Les jours suivants, le malade émet des gaz et va à la selle. Des vomissements de bile assez abondants cèdent à des lavages d'estomac.

— Un peu plus tard, le malade fait un foyer de congestion pulmonaire dont il guérit.

— Au 20^e jour, la guérison est complète.

Obs. 28. — YOVANOVITCH. (*Thèse de Paris*, 1937).

Cause de l'occlusion : Adhérences et brides du grêle à distance de l'anastomose.

Date : 10^e jour.

Gastroentérostomie complémentaire d'une suture d'ulcère perforé.

Traitement : libération du grêle et iléostomie.

Suites : guérison.

Résumé. — Homme de 37 ans, sans antécédents gastriques nets, est opéré pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec vomissements, contraction de la moitié droite de l'abdomen.

Intervention : Incision de Mac Burney. Appendice à peu près sain. Résection. Un drain dans le Douglas.

— Médiante sus-ombilicale : on trouve une perforation d'un ulcus du bulbe duodénal que l'on suture et l'on pratique une gastroentérostomie postérieure trans-mésocolique complémentaire.

Suites opératoires immédiates excellentes.

Au 9^e jour, le malade fait une éventration. Sa paroi est alors refaite aux bronzes.

Les jours suivants : la température monte à 39°, l'état général s'aggrave. Le ventre se ballonne.

Réintervention : 3 avril.

Le grêle est très distendu. Adhérences multiples surtout marquées sur la partie terminale de l'iléon où l'on trouve un anneau de striction particulièrement net.

Libération des adhérences.

Deux ponctions de l'iléon au trocart avec aspirateur électrique permettent de dégonfler les anses intestinales. Suture de ces orifices à la soie.

Incision iliaque circonscrivant l'ancienne incision de Mac Burney. On attire une anse iléale et l'on fait une iléostomie avec sonde de Pezzer.

— A la fin de l'intervention, il s'écoule un litre et demi d'un liquide nauséabond.

Suites : L'état général s'améliore rapidement les jours suivants. La sonde continue à fonctionner. Douze jours après l'opération, selle spontanée. On enlève la sonde. Le 20^e jour, la fistule est fermée.

Obs. 29. — YOVANOVITCH. (*Thèse de Paris*, 1937).

Cause de l'occlusion : Sténose de l'anse anastomosée par la brèche mésocolique.

Date : 8^e jour.

Gastroentérostomie pour ulcus duodénal.

Traitement : Levée de l'obstacle et jéjunojéjunostomie complémentaire.

Suites : décès.

Résumé. — M^e B. M., 44 ans, présente depuis 8 ans, un syndrome d'ulcère duodénal typique, clinique et radiologique.

Intervention : 19 décembre 1924.

Ulcus en étoile sur le duodénum.

— Il y a des traces d'inflammation ancienne sur l'estomac. Celui-ci est très vasculaire ; la muqueuse rouge, malade.

— Gastroentérostomie postérieure isopéristaltique.

— L'estomac est fixé en avant à la brèche mésocolique.

— *Suites opératoires* immédiates paraissent simples. Mais, le 27 décembre (8^e jour), le malade présente des coliques et commence à vomir.

— Les jours suivants, les vomissements continuent. Le ventre se ballonne ; l'état général décline.

Réintervention : 4 janvier 1925.

L'anse anastomosée est enserrée près de la bouche de gastroentérostomie, par une gangue fibreuse mésocolique très épaisse qui semble se continuer sur la face inférieure du mésocolon en étoile. On la libère soigneusement sur les deux faces du jéjunum que l'on arrive à dégager et l'on parvient à fixer le mésocolon sur l'estomac. Puis, malgré la brièveté de l'anse, on pratique une jéjuno-jéjunostomie complémentaire.

Suites opératoires : La malade se sent soulagée et ne vomit plus pendant 48 heures.

Puis température à 39°, vomissements.

— Mort le 7 janvier en hyperthermie.

Obs. 30. — YOVANOVITCH. (*Thèse de Paris*, 1937).

Cause de l'occlusion : Sténose de l'anse anastomosée par la brèche mésocolique.

Date : 16^e jour.

Gastroentérostomie pour : ulcus duodéno-pylorique.

Traitement : Levée de l'obstacle.

Suites : décès.

Résumé. — Mme F..., 53 ans, présente depuis 12 ans un syndrome clinique d'ulcère duodénal, crises douloureuses périodiques et melæna.

— La radio confirme le diagnostic.

Intervention : 10 décembre 1923.

On trouve une sténose très serrée au niveau du pylore par vieille cicatrice d'ulcère duodéno-pylorique.

— Gastroentérostomie postérieure.

— Fixation de l'estomac à la brèche mésocolique ; le mésocolon transverse est très court.

Suites opératoires immédiates parfaites.

Puis, au 16^e jour, 26 décembre, la malade se met à vomir. Deux jours plus tard, l'abdomen est très distendu : distension oblique, avec clapotage.

— Arrêt des matières et des gaz.

Mauvais état général.

Réintervention : 28 décembre.

L'anse jéjunale est remontée au-dessus du mésocolon et la brèche mésocolique, rétrécie par des adhérences, étrangle l'intestin.

— On libère les adhérences. On attire l'estomac en bas. On le fixe par dix points à la brèche du mésocolon qui est très court, et le côlon se trouve directement appliqué sur la face antérieure de l'estomac.

La gastroentérostomie était isopéristaltique, mais le bout afférent avait une tendance à la coudure. On fait une suspension verticale du bout afférent.

Suites : Le malade peut boire de suite sans vomissements, mais le ventre se distend de nouveau et la mort survient dans le collapsus le lendemain.

Obs. 31. — YOVANOVITCH. (*Thèse de Paris, 1937*).

Cause de l'occlusion : adhérences péri-jéjunales.

Date : 4^e mois.

Gastroentérostomie pour ulcère pylorique.

— *Traitement* : Levée de l'obstacle.

— *Suites* : guérison.

Résumé. — Mme B..., 24 ans, présente un syndrome d'ulcus pylorique avec douleurs tardives et périodiques, vomissements fréquents et plusieurs hématemèses.

Intervention : février 1925.

Gastroentérostomie postérieure sous-mésocolique pour ulcère du pylore.

En mai, début de juin 1927, elle présente des phénomènes de sub-occlusion avec douleurs abdominales qui la font hospitaliser.

Au cours de son hospitalisation, le 13 juin 1927, elle est prise subitement de douleurs très violentes, vomit à plusieurs reprises, et présente un arrêt complet des gaz.

L'examen met en évidence : un léger ballonnement épigastrique avec douleur à ce niveau et ondulations péristaltiques. Bon état général.

Réintervention : 14 juin 1927.

— Adhérences pariéto-épiploïques multiples que l'on libère. Anses grêles jéjunales très dilatées.

En relevant le mésocolon transverse, on voit que le jéjunum est adhérent à la face inférieure de celui-ci et au bord mésocolique du côlon. Le jéjunum décrit,

de plus, un coude à convexité droite adhérent sur toute sa longueur. Cette coudure, fixée par des adhérences, réalise un obstacle complet au passage des liquides intestinaux. On libère toutes ces adhérences.

Suites : Quelques heures après l'opération, la malade a une selle normale.

— Suites normales. Guérison.

Obs. 32. — MOIROUD, SALMON et BOUILLON, de Marseille.
(*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. 64, n° 26,
2 novembre 1938).

Cause de l'occlusion : incarceration prévertébrale.

Date : 2^e mois.

Gastroentérostomie postérieure complémentaire de la suture d'un ulcus perforé.

Traitement : désincarcération.

Suites : guérison.

Résumé. — Jeune homme.

— *Intervention* : Suture d'un ulcère perforé du pylore, suivie de gastroentérostomie complémentaire. G. E. postérieure, à anse courte.

Deux mois plus tard : accidents occlusifs graves.

Réintervention : Presque tout le grêle s'est engagé de droite à gauche dans un orifice limité en arrière, par le péritoine postérieur sous-mésocolique ; en avant, par l'anse afférente de la gastroentérostomie.

— L'intestin est désincarcéré et l'orifice de hernie interne oblitéré par quelques points.

— *Suites* : guérison.

Obs. 33. — Olindo BETTO, de Padoue.

(*Rivista di Chirurgia*, n° 7, juillet 1938).

Cause de l'occlusion : Hernie du grêle dans l'arrière-cavité par la brèche mésocolique.

Date : 14^e année.

Gastroentérostomie complémentaire de la suture d'un ulcus perforé.

Traitement : Réduction du grêle.

Suites : guérison.

Résumé. — Homme de 47 ans.

Intervention : Suture d'un ulcus duodénal perforé (juin 1923), suivie de gastroentérostomie.

— En 1929, soit six ans après, s'installe une constipation qui va en s'aggravant.

— En 1937, 30 janvier, apparition de fortes douleurs épigastriques, de vomissements. Arrêt des matières et des gaz.

Le malade est vu 48 heures après, dans un état alarmant.

L'examen montre une grosse tuméfaction épigastrique contrastant avec une excavation marquée de l'étage sous-ombilical.

Réintervention : L'estomac et le côlon transverse sont distendus par les gaz. On ne découvre aucune anse iléale.

En agrandissant l'incision, on découvre que le cæcum et la dernière anse grêle sont attirés vers la ligne médiane, et cette dernière anse disparaît à travers la brèche du mésocolon dans l'arrière-cavité.

Toutes les anses grêles ainsi passées dans l'arrière-cavité sont ramenées dans la grande cavité, et la brèche mésocolique suturée à l'anse jéjunale.

Suites opératoires simples. Guérison.

Obs. 34. — OUDARD, (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1923, 2 mai 1923, p. 662).

Cause de l'occlusion : Etranglement de la branche efférente par la brèche mésocolique.

Date : 3^e, 4^e jour.

Gastroentérostomie pour ulcère du duodénum.

Traitement : Libération et fixation à l'estomac de la brèche.

— *Suites* : guérison.

Résumé. — M. M... Eugène est opéré le 22 novembre 1920 par M. le Dr Oudart pour un ulcère du duodénum.

Intervention : Gastroentérostomie postérieure trans-mésocolique à bouche verticale, anse de longueur juste suffisante pour éviter le tiraillement.

— Le chirurgien est frappé par l'aspect du méso très gras et épais.

Il fixe le cône stomacal au méso par *trois points*.

Dans les jours qui suivent, sensation de plénitude de l'estomac avec tiraillement douloureux et vomissements bilieux abondants.

— On doit pratiquer deux grands lavages par jour qui ramènent une abondante quantité de liquide bilieux. Abdomen souple non douloureux. Facies plombé pas de fièvre. Pouls régulier à 80.

Le sixième jour, le chirurgien fait un examen radioscopique qui montre que rien ne passe par le pylore, rien par l'anse efférente, et qu'au contraire, le bismuth, après avoir traversé la bouche, s'engage dans l'anse afférente.

Réintervention : le jour même.

Les points du méso ont lâché. L'estomac est remonté, entraînant l'anastomose qui est engagée dans le méso; la branche efférente est coudée sur le bord du méso; l'anse afférente reste seule perméable.

— Débridement, fixation de l'estomac. Jéjunostomie complémentaire.

Suites opératoires très simples. Guérison.

ETUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE

La symptomatologie des occlusions intestinales après gastroentérostomie paraît, au premier abord, d'un intérêt secondaire, le diagnostic d'occlusion étant en général facilement fait.

— Nous verrons qu'il n'en est pas toujours ainsi et que l'imprécision des signes a souvent égaré le chirurgien, provoqué l'abstention, et, par là même, la mort.

Etiologie

LA DATE à laquelle apparaissent les occlusions est très variable ; depuis les premières heures jusqu'à des années après l'intervention.

La grande majorité survient cependant dans les huit premiers jours ; ce sont les *occlusions précoces*.

D'autres, du 8^e ou 60^e jour : *occlusions semi-tardives* (obs. 1, 7, 22, 28, 30, 32).

D'autres enfin, des mois, des années après la gastroentérostomie (Obs. 2, 5, 10, 11, 16, 17, 27, 31, 33).

Ces cas d'*occlusions tardives* sont donc loin d'être exceptionnelles.

Quels RAPPORTS y a-t-il entre la TECHNIQUE EMPLOYÉE dans la G. E. et l'OCCLUSION qui lui succède ?

Cette importante question ne peut être abordée avant l'étude du mécanisme des accidents d'occlusion, et c'est pourquoi nous nous proposons d'y revenir plus loin lors de l'étude du traitement préventif.

Symptomatologie

Le mode de début de l'occlusion est aussi variable que sa date d'apparition.

A) — Il peut être *brutal*, et réaliser rapidement un tableau d'occlusion franche ;

B) — Il peut être *progressif*, et d'un diagnostic beaucoup plus difficile.

A. — OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

Le tableau d'occlusion intestinale franche ne nous retiendra pas longtemps.

Les signes sont classiques. C'est :

- une douleur plus ou moins brutale, de siège variable : à l'épigastre, dans la région ombilicale, parfois dans la fosse iliaque droite ;
- douleur à type de colique, de barre transversale ;
- des vomissements alimentaires, puis bilieux ;
- enfin, un arrêt des matières et des gaz plus ou moins précoce, suivant le niveau de l'occlusion.

L'état général est rapidement touché.

Le pouls s'accélère.

L'examen met en évidence :

- un ballonnement abdominal, plus souvent loca-

lisé à l'épigastre ou dans la région ombilicale que généralisé ;

- au niveau de ce météorisme, il n'est pas rare de provoquer du clapotage ;
- la percussion montre du tympanisme et peut réveiller des ondulations péristaltiques, parfois un véritable syndrome de König.

Si l'évolution est laissée à elle-même :

- les douleurs diminuent d'intensité ;
- les vomissements s'espacent et deviennent fécaloïdes ;
- le ballonnement abdominal est de plus en plus marqué ;
- l'état général, de plus en plus mauvais, et la mort survient entre le 4^e et le 8^e jour.

Tel est l'aspect banal et classique d'une occlusion intestinale aiguë survenant après gastrectomie ou gastroentérostomie.

Son aspect typique et la recherche des antécédents font faire le **DIAGNOSTIC** et intervenir en général à temps, avant la phase de stercorémie.

Une **RADIOGRAPHIE**, en position debout, préciserait au besoin le *niveau* de l'occlusion, si les signes cliniques ne permettaient déjà de le prévoir.

Mais à côté de ces formes d'occlusion à début brutal, il en est dont le diagnostic est beaucoup plus difficile.

B. — OCCLUSION A DEBUT PROGRESSIF

Le *Début* dans ce cas, peut se faire :

- par des crises de subocclusion, durant 5-6 jours, ballonnement douloureux de l'abdomen, avec borborygmes, ondulations péristaltiques. Crises de subocclusion qui vont se compléter petit à petit (obs. 1) ;
- par des troubles du transit qui vont en s'aggravant. Constipation de plus en plus marquée ne cédant qu'aux lavements (obs. 20). Constipation avec vomissements (obs. 17), alternatives de constipation et de diarrhée (obs. 2) ;
- par des vomissements qui se prolongent anormalement les jours suivant l'intervention (obs. 3, 18, 21) ;
- par des troubles dyspeptiques évoquant une reprise des signes ulcéreux, douleurs persistantes, parfois intenses, accompagnées de vomissements (obs. 9, 10, 14), parfois moins vives : sensation de plénitude de l'estomac, de tiraillement, mais encore suivies de vomissements (obs. 34) ;
- par un ballonnement progressif de l'abdomen et de la fièvre (obs. 28).

Quel que soit l'aspect du début, dans tous ces cas à évolution progressive, la symptomatologie devient rarement beaucoup plus nette. Ce sont des cas de diagnostic difficile sur lesquels nous insistons :

Le *vomissement* est le signe fonctionnel peut-être le plus fréquemment retrouvé. Des vomissements qui se répètent, qui ne cèdent pas rapidement à une thérapeutique simple : telle que les lavages d'estomac, doivent immédiatement attirer l'attention.

La *douleur* est de type trop variable pour constituer un signe de valeur.

De même, *l'arrêt des matières et des gaz* est rarement net dans ces cas à début progressif.

Nous attacherons beaucoup plus d'importance :
à *l'altération de l'état général* à un certain degré d'asthénie, à un aspect spécial du facies qui attire l'attention du clinicien averti (teint un peu pâle, terreux, cerne des yeux plus marqué que normalement).

Quels sont les signes que peut alors mettre en évidence un examen soigneux dans ces cas peu nets ?

- assez fréquemment, une accélération du pouls, une baisse de la T.A. ;
- parfois, un peu de fièvre.

Au niveau de l'abdomen : peu de choses :

- une sensibilité diffuse et assez vague ;
- un météorisme très variable :
 - soit généralisé,
 - soit localisé à l'épigastre, à la région ombilicale, à la moitié droite de l'abdomen.

Parfois le palper de ce ventre plus ou moins météorisé réveille du gargouillement, ou quelques ondulations péristaltiques (excellent signe mais inconstant).

Parfois aussi, l'examen de l'abdomen est absolument négatif : ventre plat et souple.

On voit l'imprécision habituelle de ces signes physiques, et l'intérêt qu'il peut y avoir à pratiquer des examens radiologiques.

RADIO.

En effet : Les *radiographies*, debout, *sans préparation*, peuvent, dans certains cas, montrer des niveaux liquides, des dilatations gazeuses du grêle.

Les *radioscopies gastriques* suivies de radiographies mettent parfois en évidence des signes de valeur :

- un arrêt de la baryte dans l'anse efférente,
- son passage directement dans l'anse afférente au lieu de l'efférente.

Elles permettent d'éliminer les sténoses de la bouche, l'intussusception rétrograde de l'intestin dans l'estomac.

Le *lavement baryté* peut être aussi utile et montrer une sténose du côlon (compression du côlon transverse dans une gastroentérostomie antérieure précolique, par exemple).

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic dans ces cas à évolution progressive est donc difficile au début.

Nous avons vu la possibilité de :

- *troubles du transit*, que l'on serait tenté d'attribuer aux perturbations provoquées dans le fonctionnement gastro-intestinal par l'intervention précédente ;

- les *troubles dyspeptiques* possibles pourraient être à tort imputés à une reprise des phénomènes ulcéreux ;
- les *vomissements* précoces, trop souvent mis sur le compte de l'anesthésie ;
- les *troubles de l'état général* ne devront pas être non plus prêtés à erreur avec une cancérisation de l'ulcère ou des phénomènes de dénutrition dus à un mauvais fonctionnement de l'intestin après gastrectomie.

Enfin, on s'efforcera cliniquement et radiologiquement d'éliminer une :

- *stomite transitoire* et bénigne, erreur dont la gravité serait de faire différer l'intervention.

Bien moins grave, puisque forçant quand même à intervenir serait l'erreur qui consisterait à prendre l'occlusion intestinale pour une

- *sténose de la bouche*. Les éléments cliniques de diagnostic en sont bien moins précis que les éléments radiologiques, les vomissements seraient dans ce cas peut-être plus précoces. Il peut exister un ballonnement douloureux de l'épigastre ; un certain degré de tension de la paroi à ce niveau, dans d'autres cas.

Mais, répétons-le, le tableau diffère bien peu, et parfois même, pas du tout du tableau d'occlusion intestinale haute. La radio est ici le meilleur moyen de diagnostic, lorsqu'elle est possible.

De toutes façons, il faut penser après une intervention sur l'estomac, à l'occlusion intestinale, et au moins doute, intervenir.

— Mieux vaut une intervention exploratrice inutile que l'abstention en cas d'occlusion.

« *Toute occlusion intestinale après gastroentérostomie, non opérée, meurt* ».

Rappelons-le une fois de plus.

MECANISME

La grande variété des modes d'occlusion rend indispensable pour la clarté de leur étude l'exposé du PLAN que nous avons suivi. Le voici :

I. — L'OCCLUSION SIEGE AU VOISINAGE DE LA BOUCHE DE GASTRO-ENTEROSTOMIE

A) — L'OBSTACLE SE TROUVE SUR LE GRÊLE.

1. — L'occlusion peut être due
à la *posture de l'anse* (torsion, coudure);
ou à un *mauvais choix de l'anastomose*.
2. — L'occlusion est due
à des *brides*, des *adhérences*.
3. — L'occlusion est due
à une *hernie interne*
— h — dans la *brèche mésocolique*,
— *incarcération prévertébrale*.

B) — L'OBSTACLE SE TROUVE SUR LE CÔLON TRANSVERSE.

II. — L'OCCLUSION SIEGE A DISTANCE DE LA BOUCHE DE GASTRO-ENTEROSTOMIE

A) — SUR LE CÔLON.

B) — SUR LE GRÊLE.

1. — *Brides, adhérences*.
2. — *Volvulus*.

I. — L'OCCLUSION SIEGE AU VOISINAGE DE LA BOUCHE
DE GASTRO-ENTEROSTOMIE

— Elle peut porter sur le grêle ou le côlon transverse.

A) — L'OBSTACLE SE TROUVE SUR LE GRÊLE.

C'est le cas de beaucoup le plus fréquent.

1. — *L'occlusion peut être due
à la posture de l'anse.*

Torsion, coudure ou mauvais choix de l'anse à anastomoser.

Torsion de l'anse anastomosée :

Dans une de nos observations (obs. 22), quinze jours après une gastroentérostomie transmésocolique, la réintervention montra une torsion de l'anse anastomosée autour de son axe mésentérique, et cette torsion était rendue fixe par l'adhérence de l'anse à la cicatrice abdominale. L'anse efférente, étranglée par le mésentère, était très dilatée.

Dans notre observation n° 21, il existait de même une torsion de l'anse anastomosée, une striction de l'anse efférente par l'anse afférente et une dilatation de l'anse efférente au-dessus de l'obstacle; mais cette torsion était due à une erreur de technique. L'anse choisie par l'opérateur avait été tordue en sens contraire des aiguilles d'une montre, de telle façon que le bout efférent, primitivement gauche, a été amené à passer derrière, puis à droite du bout afférent, et fixé dans cette position.

On voit l'intérêt, lors de la confection de l'anastomose, de disposer convenablement l'anse choisie.

Coudure de l'anse anastomosée.

La coudure de l'anse anastomosée ne se voit pratiquement qu'après les gastrectomies et pose un problème de technique bien difficile à résoudre.

— Cette coudure de l'anse amène dans la lumière intestinale la formation d'un véritable éperon entre les deux parties coudées ; et cet éperon peut suffire dans certains cas à obturer le bout efférent.

— La dilatation de l'anse afférente par le liquide qui s'y accumule, contribue parfois également à sténoser l'anse efférente.

— Comment expliquer cette coudure ? Il semble que la traction en haut et à gauche du moignon gastrique sur l'anse anastomosée soit en grande partie responsable, et cette traction, cette ascension du moignon gastrique a été signalée par plusieurs auteurs.

D'autre part, le poids de l'intestin suspendu au moignon gastrique, dans le cas d'anastomose isopéristaltique, s'oppose à la traction du moignon et tend à rapprocher les deux extrémités du grand axe de la bouche, à provoquer, enfin, cet éperon, responsable, à notre avis dans une certaine mesure, des accidents d'occlusion.

Nous rapportons trois cas de cette coudure de l'anse : Dans l'une de nos observations (obs. 3), la coudure

était des plus nette. Il existait un sillon profond séparant l'anse afférente très dilatée de l'anse efférente, aplatie, et où rien ne passait. Enfin, l'anastomose semblait en totalité remontée vers la gauche.

Dans l'observation n° 4, l'auteur signale comme cause de la coudure de l'anse efférente, l'étendue de la résection, qui fait que l'anse est attirée très à gauche et en haut.

Dans notre observation n° 5, l'anse efférente est aplatie, et l'autre afférente, considérablement dilatée, domine le tableau.

L'erreur de choix de l'anse anastomosée peut être également une cause d'occlusion, mais beaucoup plus rare, et ne se voit partiquement qu'en cas de dispositions anormales, du grêle ou du mésentère, telle que, dans l'observation 14, où la dernière anse de l'iléon, fixée dans la profondeur, à gauche de la ligne médiane, a été prise pour le jéjunum et anastomosée à l'estomac.

Telles sont les principales causes d'occlusion dues à la disposition de l'anse anastomosée.

2° *L'occlusion est due à des brides, des adhérences.*

Dans d'autres cas, l'anse anastomosée garde sa position première, mais il existe des brides, des adhérences qui l'étranglent. Notre observation 11 rapporte un cas de bride unique et nette enserrant l'anse anastomosée.

Le processus adhérentiel revêt des aspects multiples. Assez souvent, cependant, c'est à la face inférieure du

mésocôlon transverse, et à partir de la brèche que se développent les adhérences.

Le fait est particulièrement net dans nos observations 29 et 30, où la brèche forme une sorte de gangue fibreuse qui étrangle le jéjunum.

Dans plusieurs autres observations, nous trouvons signalé ce maximum d'adhérences à la face inférieure du mésocôlon transverse (obs. 2-3).

Assez souvent, enfin, des adhérences réunissent l'anse anastomotique à la paroi (obs. 17-31).

Nous arrivons enfin à une dernière cause d'occlusion du grêle dans le voisinage de la bouche : et cette cause d'occlusion présente, comme nous allons le voir, un intérêt considérable.

3° *L'occlusion est due à une hernie interne.*

Il s'agit des incarcérations du grêle dans des orifices internes créés au cours des interventions précédentes :

- incarcération dans la brèche mésocolique;
- incarcération prévertébrale.

Cette *incarcération* du grêle *dans la brèche mésocolique*, nous la retrouvons dans plusieurs de nos observations.

Dans 3 d'entre elles, le grêle est passé en totalité dans l'arrière cavité par la brèche mésocolique, (obs. 9, 23, 33).

— Dans 2 autres cas, c'est l'anse anastomosée qui est étranglée par les bords de la brèche mésocolique.

- les deux bouts de l'anse (obs. 13);
- l'anse efférente seulement (obs. 34).

Le mécanisme de ce genre de hernie est celui de tou-

tes les hernies internes : c'est dire que nous ne le connaissons pratiquement pas. Citons cependant comme causes adjuvantes :

— le développement d'adhérences contribuant à rétrécir l'orifice et à étrangler l'intestin hernié (obs. 13);

— la traction vers le haut de l'estomac, déjà signalée à plusieurs reprises, et qui dans notre observation 34, a provoqué une coudure de l'anse efférente; un étranglement sur le bord de la brèche.

Enfin, la *condition sine qua non* de production de ces hernies est toujours le même, et nous y reviendrons à propos du traitement préventif :

C'est l'absence de fixation des bords de la brèche à l'estomac, ou leur fixation insuffisante.

Dans l'observation 13, les bords de la brèche avaient été suturés au jéjunum.

Dans l'observation 34, les bords de la brèche n'avaient été suturés à l'estomac que par 3 points.

A côté de ces hernies internes de l'intestin grêle par la brèche mésocolique, il est une variété de hernie interne appelée par plusieurs auteurs : incarceration prévertébrale.

L'*incarcération prévertébrale* n'est pas exceptionnelle. A. Fromme en a relevé 22 cas dans la littérature. Nous-même en rapportons ici 9 cas (obs. 6, 8, 10, 12, 24, 25, 26, 27, 32). Voici quel en est le mécanisme :

— L'intestin s'engage de droite à gauche et s'étrangle dans une sorte d'anneau herniaire interne créé par l'adhérence anormale de l'intestin à l'estomac, anneau dont les limites sont :

Dans la gastroentérostomie postérieure :

- en arrière : le péritoine pariétal postérieur;
- en haut : le mésocôlon transverse;
- en avant et en bas : l'anse grêle anastomosée et son mésentère.

Dans la gastroentérostomie antérieure :

- en arrière : le péritoine pariétal postérieur;
- en haut : le mésocôlon avec le côlon transverse et l'épiploon.
- en avant : l'anse grêle anastomosée et son méso.

Les dimensions de l'orifice varient donc suivant la variété de G. E., et surtout aussi, suivant la longueur de l'anse afférente.

L'occlusion intestinale est réalisée :

Soit par l'étranglement du grêle sur les bords de l'orifice.

Soit par la coudure de l'anse efférente au niveau de l'anastomose, coudure produite par la traction de l'intestin en bas et à gauche (obs. 6).

Quant aux lésions de l'intestin incarcéré, elles ne diffèrent pas des lésions habituelles de l'étranglement herniaire : dilatation, hyperhémie, exsudation de sérosité et adhérences; enfin sphacèle.

Notons cependant que deux cas signalent que les lésions vont en diminuant d'intensité de haut en bas du grêle.

Tels sont les cas d'occlusion siégeant au voisinage de la G. E. et où la cause porte sur le grêle.

Voyons maintenant le mécanisme de quelques cas d'occlusion où l'obstacle porte toujours au voisinage de la bouche, mais sur le côlon transverse.

B) L'OBSTACLE SE TROUVE SUR LE CÔLON TRANSVERSE

Il peut s'agir d'une *compression* du côlon transverse par l'*anse anastomosée*, dans les gastroentérostomies antérieures précoliques. Nous en rapportons deux cas : (obs. 19 et 20).

D'autres fois, c'est un magma adhérentiel prédominant autour du côlon transverse qui est en cause : (obs. 1 et 2).

Dans ces 4 observations d'occlusion du côlon transverse, le côlon droit et le grêle étaient dilatés; le côlon gauche, plat et vide.

Signalons que dans les deux premières observations citées, comme dans plusieurs autres où les adhérences étaient en cause, les auteurs avaient noté, lors de la première intervention, l'*extrême brièveté du mésocôlon transverse*. Nous verrons plus loin quelles conclusions thérapeutiques peuvent être tirées de ces faits.

A ces différentes et nombreuses variétés d'occlusions siégeant près de la bouche, il nous faut maintenant ajouter les cas d'occlusion intestinale où l'obstacle siège à distance de la gastroentérostomie.

II. — L'OCCLUSION SIÈGE A DISTANCE DE LA BOUCHE DE GASTRO-ENTEROSTOMIE

A. SUR LE CÔLON.

Nous n'en avons pas trouvé d'exemple.

B. SUR LE GRÊLE.

Le fait n'est pas rare et semble digne d'intérêt par les erreurs de diagnostic auxquelles il peut exposer.

1. — *Brides, adhérences.*

L'obstacle peut être une bride :

- bride unique siégeant dans la région iléo-cæcale (obs. 7);
- bride constituée par une adhérence du grand épiploon à la plaie opératoire (obs. 18);
- bride et adhérences de la région iléo-cæcale (obs. 28);
- brides et abcès pelvien (obs. 9).

Parfois des adhérences des anses grêles entre elles et à la cicatrice, comme dans l'obs. 17.

2. — *Volvulus.*

Enfin, nous rapportons deux cas de *volvulus* de l'intestin grêle après G. E.:

- *volvulus* total (obs. 15);
- *volvulus* longitudinal et rétrécissement du grêle siégeant à 80 cm. de l'anastomose (obs. 16).

TRAITEMENT

Le traitement de toute occlusion succédant à une gastroentérostomie ne peut être qu'un traitement chirurgical (nous connaissons les résultats de l'abstention opératoire), et le traitement médical ne sera qu'un utile adjuvant, pendant et après l'opération (essentiellement, sérum hypertonique intraveineux permettant la rechloruration des malades; accessoirement : les tonicardiaques, l'atropine, la prostigmine).

Le traitement chirurgical varie évidemment suivant la cause de l'occlusion ; et il nous faudra envisager successivement toutes les éventualités :

— Nous n'insisterons pas sur le traitement des *brides*, dont la simple section peut, à elle seule, suffire.

Il faut, dans quelques cas, lui adjoindre une anastomose entre l'anse sus-jacente et l'anse sous-jacente.

— Cette entéro-anastomose aux pieds de l'anse est parfois d'ailleurs la seule solution possible.

Les *adhérences* seront rompues avec la plus grande douceur pour éviter de léser l'intestin.

— Un magma adhérentiel inextricable entre plusieurs anses grêles peut nécessiter une anasto-

mose entre les anses voisines ; au besoin, une iléo-transversostomie, une iléo-sigmoïdostomie.

Mais ce traitement des brides et des adhérences n'offre rien de bien spécial à la question qui nous intéresse.

Aussi, insisterons-nous davantage sur les traitements suivants :

Torsion de l'anse anastomosée.

Cette cause d'occlusion nécessite :

Si l'anse était bien placée, une simple détorsion, suivie d'une fixation par quelques points de l'anse au mésocolon transverse pour éviter une nouvelle torsion.

Si l'anse avait été fixée en mauvaise position, la seule solution est évidemment : la dégastroentérostomie suivie de réfection de la bouche, l'anse en bonne position (anse efférente passant devant l'anse afférente et non derrière).

La *coudure de l'anse* anastomosée est d'un traitement souvent difficile.

Dans quelques cas, il est possible de ramener l'anse efférente vers la droite et de la fixer par quelques points à la racine du mésentère. Ceci pour supprimer le V ouvert en bas que forment les deux anses coudées l'une sur l'autre.

D'autres fois, un seul traitement est possible : l'anastomose entre les deux pieds de l'anse réalisant une duodéno-jejunostomie.

L'incarcération dans la brèche mésocolique nécessite :

- 1° un débridement très prudent, élargissement de la brèche et libération de l'intestin ;
- 2° la réduction de l'intestin grêle de l'étage sus-mésocolique dans l'étage sous-mésocolique ;
- 3° enfin, la fixation par tout une série de points au fil non résorbable des bords de la brèche à la paroi de l'estomac, au-dessus de l'anastomose gastro-jéjunale.

Ce traitement entrepris dans trois de nos observations, a donné trois guérisons.

L'incarcération prévertébrale.

1. — Peut être d'un traitement facile si l'intestin hernié se réduit sans trop de difficultés.
2. — Dans le cas contraire (grosse dilatation du grêle, adhérences au bord de la brèche empêchant la réduction). Le traitement devient difficile car seule la suppression de l'anastomose peut permettre cette libération.

Donc :

- a) dégastroentérostomie ;
- b) réduction de l'intestin hernié ;
- c) réfection de la bouche de gastroentérostomie ;

Enfin, et surtout :

- d) fermeture de l'hiatus par où s'est engagé l'intestin, par plusieurs points au fil non résorbable, réunissant le mésentère de l'anse anastomosée ou l'anse afférente d'une part, à la face inférieure du mésocôlon transverse, de l'autre.

Le traitement du *Volvulus du Grêle* après G. E. ne nécessite pas de traitement différent de celui du *volvulus banal*.

Donc : détorsion et fixation au besoin.

Reste la *Sténose du Côlon Transverse* par compression de l'anse dans la gastroentérostomie antérieure.

Le traitement d'urgence en est d'une grande simplicité : c'est la fistulisation du cæcum par incision iliaque droite que l'on laissera se fermer seule plus tard.

— Si des accidents de subocclusion se reproduisaient ultérieurement, une iléo-transversostomie ou une iléo-sigmoïdostomie, à la locale, serait une intervention bien moins grave que la suppression de la G. E. antérieure suivie de la réfection d'une anastomose transmésocolique.

Traitement préventif

Il existe un véritable traitement préventif des occlusions intestinales après gastroentérostomie ou gastrectomie et ce traitement se déduit tout naturellement de l'étude du mécanisme.

« La plus grande partie des occlusions après gastroentérostomie peut être évitée », leur production étant souvent due à une faute de technique.

On conçoit avec quelle minutie tous les détails d'une gastrectomie ou d'une gastroentérostomie doivent être traités.

Aucun détail n'est à négliger puisque la coudure de l'anse, sa torsion, l'incarcération dans la brèche méso-

colique ou l'incarcération prévertébrale, sont imputables en partie à l'opérateur.

En effet, on évitera :

L'incarcération dans la brèche mésocolique, en fixant soigneusement par une série de points rapprochés au fil non résorbable le pourtour de la brèche mésocolique à la paroi gastrique autour de l'anastomose gastrojéjunale.

L'incarcération prévertébrale peut être évitée si l'on a soin de prendre une anse courte et surtout si l'on prend la précaution de fermer l'hiatus artificiellement créé en suturant par plusieurs points au fil non résorbable l'anse anastomosée ou son mésentère au péritoine pariétal postérieur et au mésocôlon transverse.

La *torsion de l'anse* ne sera pas réalisée en amenant l'anse choisie au contact de l'estomac si l'on prend soin de ne pas faire passer l'anse efférente derrière l'afférente.

De même, la torsion spontanée de l'anse correctement placée ne peut se produire si l'on a fermé l'orifice par où se produit l'incarcération prévertébrale comme nous venons de le montrer.

L'une des anses se trouve en effet immobilisée contre le péritoine pariétal postérieur.

La *coudure de l'anse* est sûrement la complication la plus difficile à éviter (les adhérences étant mises à part).

Nous avons vu qu'elle ne se produisait pratiquement que dans les gastrectomies. C'est une complication

grave, et nous croyons possible, non pas de l'éviter à coup sûr, mais, si elle se produisait, d'en diminuer les effets, en réalisant :

1° une anastomose large : type Polya, par exemple, suivie au besoin d'une anastomose aux pieds de l'anse ;

2° une suspension de l'anse efférente suspension horizontale de plusieurs centimètres vers la droite (à la face inférieure du mésocolon transverse ou au péritoine pariétal postérieur).

— Cette suspension ne ferait que continuer un peu en haut et à droite la fixation de l'anse afférente au péritoine pariétal postérieur que nous avons préconisée pour fermer l'orifice d'incarcération prévertébrale et éviter la torsion de l'anse.

— *Une autre solution* consisterait à réaliser, au lieu de l'anastomose iso-péristaltique classique, une anastomose antipéristaltique, antipéristaltisme dont les inconvénients semblent aujourd'hui avoir beaucoup été exagérés.

— Dans ce cas d'anastomose, l'anse efférente tombe verticalement depuis la grande courbure et ne peut être coudée.

L'anse afférente, arrivant à la petite courbure, peut, elle, être légèrement coudée sans inconvénient, les liquides duodénaux passant bien suffisamment.

D'autre part, l'étranglement de cette anse afférente par la dilatation de l'efférente a bien peu de chances de se produire (contrairement au cas d'anastomose iso-péristaltique).

— Au moindre doute, une anastomose aux pieds de l'anse permettrait d'écarter tout danger.

Telles sont les principales précautions qui nous semblent devoir être conseillées, si l'on veut éviter bien des occlusions post-opératoires.

— Il reste une série d'occlusions auxquelles aucun traitement préventif ne semble pouvoir être opposé : ce sont les occlusions par *brides et adhérences*.

— Et cependant, l'on sait à l'heure actuelle le rôle favorisant dans la production de ces adhérences, des drainages, des lavages, des frottements, de la séreuse avec des compresses, et surtout des manœuvres opératoires prolongées par les difficultés rencontrées au cours de l'opération.

— C'est ainsi que l'anastomose peut être rendue difficile par des dispositions anatomiques spéciales.

Nous avons noté dans l'observation n° 2 un *cloisonnement* vertical de l'*arrière-cavité* rendant son accès difficile.

— Dans plusieurs autres observations, les auteurs signalent la gêne apportée à l'anastomose trans-mésocolique par la *brièveté du mésocolon transverse*.

Pourquoi, dans ces cas, s'obstiner à réaliser au prix des plus grandes difficultés une anastomose trans-mésocolique ? une *anastomose antérieure* précolique trouvera ici une de ses *rare*s indications logiques. Elle est facile à réaliser, et donne de bons résultats, pour peu que l'on ait soin de la compléter par une anastomose entre les deux pieds de l'anse.

Nous avons vu sans doute qu'une complication lui était spéciale : la compression du côlon transverse. Certes, elle est toujours possible, mais son diagnostic sera facile, puisque l'on sait que cette variété d'occlusion lui est propre.

Un lavement opaque permettra facilement de la vérifier, et le traitement est des plus simples : cæcostomie à la locale, bien moins grave et shockante que les interventions sur le foyer primitif, lesquelles nécessitent le plus souvent une anesthésie générale.

CONCLUSIONS

L'étude analytique de 34 observations nous permet de formuler les conclusions suivantes :

I. — L'occlusion intestinale n'est pas une complication exceptionnelle après G. E. et après gastrectomie.

— Elle peut survenir tôt ou tard.

II. — A côté des occlusions intestinales dont l'allure clinique est suggestive, il existe des formes dont la symptomatologie est discrète ou trompeuse.

— La connaissance de cette dernière éventualité doit inciter à intervenir chirurgicalement dès que l'explication des troubles observés n'est pas claire.

— En effet, la statistique que nous avons établie comporte 9 morts concernant 9 cas où la réintervention fut différée.

III. — Le mode d'étranglement de l'intestin est très variable.

— Dans les occlusions siégeant au *voisinage de la bouche de G. E.*, rappelons que l'obstacle peut se trouver sur le grêle et être dû à la posture de l'anse ou à un mauvais choix de l'anastomose.

— Des brides, des adhérences,

— Une hernie interne peuvent également être en cause.

L'obstacle peut aussi se trouver sur le côlon transverse :

— Sténose par l'anse anastomosée ou par des adhérences.

Dans les *occlusions siégeant à distance* : l'occlusion peut être due à des brides, des adhérences à un volvulus du grêle.

IV. — La thérapeutique curatrice comporte quelques points particuliers inhérents au mécanisme des accidents occlusifs.

— Lorsqu'elle est précoce, elle réussit à guérir deux tiers des malades.

V. — L'intérêt du traitement préventif nous semble devoir être souligné.

— Bien des occlusions intestinales après G. E. pourraient être évitées.

— Il suffit de rappeler certaines techniques :

— Suture soigneuse au fil non résorbable des bords de la brèche mésocolique à la paroi gastrique.

— Fermeture par plusieurs points au fil non résorbable de l'orifice d'incarcération prévertébrale, cette suture permettant d'éviter du même coup la torsion de l'anse.

— Apporter un soin tout particulier au choix de l'anse à anastomoser et à sa posture correcte.

- Réaliser, en cas de gastrectomie, des anastomoses larges, une suspension de l'anse efférente, évitant à tout prix sa coudure qui ne ferait que s'accroître secondairement.
- Au besoin, faire une anastomose antipéristaltique, la coudure de l'anse afférente étant bien moins grave que celle de l'efférente et ayant moins de chances de se produire.

Enfin, si l'anastomose transmésocolique paraît devoir nécessiter des manœuvres opératoires trop prolongées du fait de dispositions anatomiques spéciales (brièveté du mésocolon transverse), ne pas hésiter à réaliser une anastomose précolique.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
GRÉGOIRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- APOSTOLOS. — Thèse de Paris, 1919-1920.
- ARISZ. — Fonctionnement de l'estomac après G. E. (*Acta Radiologica*, 15 janvier 1926.)
- ASTAIX. — Les suites immédiates de la G. E. (*Thèse* Paris, 1924.)
- AUBOURG. — Fonctionnement d'une bouche de G. E. dix ans après l'intervention. (*Bullet. et Mém. Soc. Rad. Méd.*, 1910, p. 257.)
- BALFOUR. — Les séquelles de la G. E. (*Annals of Surgery*, LXXXII, 1925, p. 426.)
- BECLÈRE (Henri). — Etude radiologique du fonctionnement d'une bouche de G. E. (*Journal de Radiol.*, 1924, p. 193.)
- BERG. — Misserfolge nach magenoperationen. (*Der Chirurg.*, 4, 15 avril 1932.)
- BERGERET et CAROLI. — Les résultats de la gastrectomie et de la G. E. dans le traitement de l'ulcère. (*Presse Médicale*, 21 oct. 1931.)
- BONAR. — Fonctionnement de l'estomac après G. E. (*The Lancet*, 1924.)
- BOTHE. — Réaction inflammatoire des coudes de l'intestin dans la G. E. (*Annals of Surgery*, n° 5, nov. 1931.)
- BRUTT. — Sur la question de l'étranglement interne après G. E. (*Beitrag Z. Klin. Chir.*, 1922.)
- BRYAN. — Etranglement interne récidiv. d'une anse grêle passée derrière l'anse afférente. (*Surgery Gynec. and Obstet.*, tome XXX, p. 82.)

- BUCHANAN. — Hernie interne consécutive à la G. E. postérieure. (*Annals of Surgery*, n° 3, sept. 1932.)
- BUDDER. — *Deutsche medical Wochenschrift*, 1892, p. 146.
- CAILLARD. — Occlusion tardive par l'anse afférente après gastrectomie. (*Thèse de Paris*, 1936.)
- CARDINAUD. — Contribution à l'étude des résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. (*Thèse de Bordeaux*, 1934.)
- COCHRANE SHANKS. — Les complications de la gastro-jéjunostomie post. (*British Journ. of Radiol.*, septembre 1936.)
- COPPELLO et CEBALLOS. — Complications éloignées de la G. E. (*Boll. Trabajos. Soc. Ch. Buenos-Aires*, 26 août 1931.)
- CUTTIEREZ. — Sur l'invagination de l'anastomose gastro-jéjunale à travers la brèche mésocolique. (*Rivista di Chir.*, n° 11, an. V, p. 509.)
- DAMERIE et MASSION. — Stase dans l'anse jéjunale après G. E. (*Soc. Belge de gastro-entéro.*, 25 nov. 1933.)
- DICKÈS. — Contribution à l'étude sur le fonctionnement de l'intestin après gastrectomie. (*Thèse de Paris*, 1936.)
- FROMME. — *Zentralblatt für Chirurgie*, 1920, p. 1505.
- GATELLIER. — Les résultats opératoires tardifs dans le traitement chir. des ulc. gastro-duodénaux. (*Soc. de gastro-entérologie de Paris*, oct. 1926.)
- GAUDIER. — Volumineuse dilatation de la branche efférente de l'anse, longtemps après G. E., consécutive à des adhérences. (*Soc. Nat. des Chir. de Paris*, 22 déc. 1928.)
- GONBERT. — Contribution à l'étude radiologique des sténoses de l'intestin grêle. (*Thèse, Paris*, 1928.)
- GROSS. — L'estomac opéré. (*Arch. app. dig.*, 1935, p. 256.)

- GUEULLETTE. — Les invaginations intestinales de l'adulte. (Thèse de Paris, 1925.)
- GUTMANN. — Complications de la G. E. (*Journal de Médecine de Paris*, 12 mai 1932.)
- HADEN et ORR. — La cause de certains symptômes aigus consécutifs à la G. E. (*Bull. of the John Hopkin's Hospital Baltimore*, janvier 1923.)
- HARTMANN. — *Travaux de Chirurgie*, 1903, p. 225.
— *Chirurgie de l'estomac et du duodénum*, 1926, p. 187.
— Des conditions nécessaires pour obtenir de bons résultats après G. E. (*Gazette des Hôp.*, 22 avril 1930.)
- HARTMANN et SOUPAULT. — Résultats éloignés de la G. E. (*Revue de Chirurgie, Paris*, fév. 1899.)
- HARTMANN et CHABRUT. — Les suites immédiates de la G. E. *Travaux de Chirurgie*, 1926.
- HAUTEFORT. — Occlusion du grêle après G. E. post. (*Soc. des Chir.*, Paris, 20 février 1931.)
- HERTEL. — La G. E. et ses causes d'échec. (*Zentralblatt für Chir.*, août 1913.)
- HOFFMANN. — Résultats éloignés de la G. E. pour ulcères gastro-duodénaux. (*Brüns Beitrage z. Klin. Chir.*, mai 1932.)
- IRWIN. — Un cas de hernie transmésocolique après G. E. (*The Lancet*, janvier 1927.)
- KEENE. — Un cas d'obstruction après G. E. par passage d'anses grêles derrière l'anse afférente trop longue. (*British Journal of Surgery*, avril 1925.)
- KONJETZNY. — Echecs après les opérations gastriques. (*Der Chirurg.*, 15 mai 1932, p. 402, et 1^{er} juin 1932, p. 433.)
- LANDIVAR, IPARRAGUÈRE et BOSCH. — Complications éloignées de la G. E. Jéjunite secondaire. Sténose de l'anse afférente. (*Boll. y Trabajos Buenos-Aires*, 29 juillet 1931.)

- LARGET. — Les résultats de la G. E. dans le traitement de l'ulcère. (*Bulletin Médical*, n° 49, 24-27 nov. 1926.)
- LAZARD. — Les stomites. (*Thèse*, Paris, 1937.)
- LENCLOS. — *Thèse* de Nancy, 1899.
- LUND. — *Boston medical and Surgical Journal*, 1905, t. 152, p. 549.
- MADISON. — Quelques complications post-opératoires de la G. E. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 21 mars 1933.)
- MARX. — Le fonctionnement de l'estomac après gastrectomie. (*Thèse* de Paris, 1935.)
- MONPROFIT. — *Congrès de Chirurgie*, 1901.
- MOIROUD, SALMON et BOUILLON. — *Mémoires de l'Aacd. de Chir.*, 2 nov. 1938.
- MOYNIHAN. — Disappointements after G. E. (*British Medical Journal*, 12 juillet 1919, p. 33.)
- MURPHY. — Mécanisme gastrique après G. E. (*The American Journal of Roentgen*, mars 1919, p. 148.)
- OLINDO BETTO. — *Rivista di Cuiurgia*, n° 7, juillet 1938.
- OUDARD. — Deux cas d'occlusion haute après G. E. (*Bull. et Mémoires de la Soc. de Chir. de Paris*, p. 662, 2 mai 1923.)
- PAUCHET et GUTMANN, PAUCHET et NEMOURS. — Complications de la G. E. (*Soc. de Méd. de Paris*, 23 mai et 12 juin 1931.)
- PEHAM. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, B. 48, p. 84.
- PETERSEN. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*, Berlin, 1900, LXII, p. 94.
- PIREAUX. — La G. E. et ses complications. (*Arch. Méd. Belges*, 3 mars 1927.)
- PREINDLSBERGER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1901, p. 118.
- RIGOLLOT-SIMONOT. — *Thèse*, Paris, 1908.

- SCHARZ. — Résultat des traitements opératoires de l'ulcère g.-d. (G. E. et gastrectomies). (*Archiv. f. Klin. Chir.*, 19 sept. 1928.)
- SILVA. — *Boletin de la Soc. Chir. de Montevideo*, janvier 1933.
- SOLE. — A propos des résultats obtenus par la G. E. pour ulcères gastro-duodénaux. (*Semana Medica*, 7 nov. 1929.)
- SUCHMANN. — *Thèse de Paris*, 1936.
- TERRIER. — *Chirurgie de l'estomac* de Terrier et Hartmann, p. 100.
- TORRACA. — Etranglement de l'anse anastomosée dans l'incision mésocolique, dans un cas de G. E. post. (*Zentralblatt für Chirurgie*, mars 1932.)
- WESSEL. — *Semaine Médicale*, 1904, p. 328.
- WILHELM. — *Thèse de Nancy*, 1893.
- YOVANOVITCH. — *Thèse de Paris*, 1937.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE

